8.

UN

ANGIOME SIMPLE

LIPOMATODE DE L'ORBITE

AVEC CONCRÉTIONS PHLÉBOLITHIQUES

PAR LE

Dr VAN DUYSE

ASSISTANT A L'UNIVERSITÉ DE GAND

GAND

IMPRIMERIE EUG. VANDERHAEGHEN, RUE DES CHAMPS, 62

MDCCCLXXXIV.

C.4

UN

ANGIOME SIMPLE LIPOMATODE DE L'ORBITE

AVEC

CONCRÉTIONS PHLÉBOLITHIQUES

Extrait du LIVRE JUBILAIRE publié par la Société de Médecine de Gand à l'occasion du cinquantième anniversaire de sa fondation.

UN

ANGIOME SIMPLE

LIPOMATODE DE L'ORBITE

AVEC CONCRÉTIONS PHLÉBOLITHIQUES

PAR LE

Dr VAN DUYSE

ASSISTANT A L'UNIVERSITE DE GAND

GAND

IMPRIMERIE EUG. VANDERHAEGHEN, RUE DES CHAMPS, 62

—

MDCCCLXXXIV.

165069

La tumeur qui fait l'objet de cette étude m'a été remise, avec prière de l'examiner, par le Dr Vallez, de Tournai. Je résume brièvement les renseignements cliniques que notre excellent et habile confrère m'a fait tenir.

Edouard B..., âgé de 25 ans, porte, à l'angle supéro-interne de l'orbite gauche, une tumeur dont les dimensions étaient autrefois restreintes. Elle existe à ce niveau depuis la plus tendre enfance. Jadis elle était à peine visible; le malade la sentait parfaitement avec le doigt. Elle ne lui a jamais causé ni gêne, ni douleur, et elle a subi une évolution extrêmement lente, jusqu'au moment où elle a pris — il y a 5 mois de cela — un développement inusité, déviant l'œil en bas et en dehors, vers l'angle inféro-externe de l'orbite. Sur le croquis que M. Vallez m'a fait parvenir en même temps que la pièce anatomique, le bord cornéen externe n'est distant que de 2 mm. du canthus externe, et le centre pupillaire gauche se trouve à 6 mm. au-dessous du centre pupillaire droit. Il existait de la propulsion du globe, du côté de la tumeur, mais le degré d'exorbitis, modéré d'ailleurs, n'a pas été déterminé. Dans les derniers temps, le sujet a ressenti quelques douleurs et l'œil dévié s'est injecté. Une épreuve sommaire de la vision a démontré l'intégrité fonctionnelle de l'œil gauche. De ce côté, il y a un certain degré de ptosis; la paupière ne recouvre pas la pupille et elle a une coloration normale (pas de vascularisation insolite). Le néoplasme fait saillie sous le rebord de l'orbite, au niveau de l'angle interne et supérieur, mais il n'atteint pas le grand angle

palpébral. Molle et élastique, la tumeur se laisse légèrement déprimer dans l'entonnoir orbitaire. Dans la partie antérieure, accessible à l'exploration, on sent un corps dur et arrondi; on peut imprimer à cette portion antérieure du néoplasme de légers mouvements de latéralité qui paraissent établir son indépendance vis-à-vis du globe oculaire. La conjonctive du cul-de-sac ne présente rien de particulier. La tumeur ne subit guère de changements de volume, ne devient pas saillante à l'occasion d'un effort musculaire; le sujet n'a pas observé de tuméfaction ni d'affaissement périodique de la tumeur.

Il est à remarquer qu'il ne présente à la surface du corps aucune autre tumeur. Le père du sujet porte à la partie postérieure et externe de l'une des cuisses une tumeur grosse comme une tête d'enfant. Après un examen clinique attentif, M. Vallez a exprimé la conviction qu'il s'agissait d'un lipome.

Opération en juin 1884. — Incision de la peau au-dessous du rebord orbitaire, etc. — Après la section du fascia tarso-orbitaire, hernie de la tumeur qui est saisie, attirée en avant et facilement énucléée sans hémorrhagie notable pendant ou après l'opération. Elle n'avait pas de connexion avec les tissus de la paupière (conjonctive du cul-de-sac intacte après l'opération). Après l'ablation, le doigt pénètre dans une cavité profonde de près de 3 centimètres.

La plaie s'est rapidement cicatrisée et l'œil intact, en retournant à sa position normale, a récupéré ses mouvements, sauf l'adduction qui est diminuée. A part la déviation externe, peu accusée de l'œil, et qui existait encore un mois après l'opération, ainsi que la diplopie dans la vision binoculaire, l'acuité visuelle de l'œil gauche était excellente.

La tumeur, de consistance molle, irrégulièrement ovoïde et aplatie, présente les diamètres suivants : diamètre longitudinal ou antéro-postérieur, 3,3 centim.; diamètre vertical, 1,6 centim.; diamètre horizontal ou épaisseur, 1 à 1,3 centim. Elle déplace un volume d'eau de 6 centim. cubes. Sa partie la plus épaisse ou base, était dirigée vers le fond de l'orbite; sa portion la moins développée vers l'ouverture de l'orbite; c'est la portion tangible sur le vivant, dans laquelle on retrouve l'un des corps durs dont il sera question plus loin. Retirée de la liqueur de Müller où elle a été plongée immédiatement après l'opération, la tumeur se présente avec la forme indiquée plus haut; elle est irrégulièrement lobulée ou

mamelonnée et présente un aspect graisseux manifeste. En quelques points des lobules de petite dimension se rassemblent sous forme de grappes. Il est difficile, après une action prolongée du réactif durcissant, de dire quelle a été la couleur de la tumeur à l'état frais, mais elle n'a pu avoir l'aspect homogène du lipome pur, en raison de portions brunâtres qui indiquent une vascularisation abondante ou des extravations des éléments du sang.

Vers la base de la tumeur existent trois corps d'une dureté extrême, espèces de petites billes occupant sa périphérie ; ils ont le volume d'un gros pois. Il s'en trouve un de même nature vers la pointe du néoplasme et, dans le voisinage des corps durs de la base, dont les caractères indiquent suffisamment des concrétions phlébolitiques, on en trouve plusieurs qui ont le volume d'une tête d'épingle. Au fond du récipient, après manipulation de la tumeur, se retrouvent deux de ces perles calcaires, emboitées l'une dans l'autre en forme de 8 de chiffre, ayant chacune le volume d'une grosse tête d'épingle. A part la couleur jaune-verdâtre que leur a communiqué le réactif de Müller, ces granules, facilement retirés de la gangue de tissu connectif qui les enserre, se laissent volontiers comparer aux perles des écailles d'huîtres : elles en ont la forme nettement arrondie et l'extrême dureté. Plongées dans une solution nitrique, elles donnent lieu à un dégagement de bulles gazeuses.

A la surface de l'eau dans laquelle la tumeur a été observée, flottent des gouttelettes de graisse qui confirment la richesse du néoplasme en éléments adipeux.

D'autre part, la tumeur tout entière n'est pas entourée d'une capsule fibreuse comme celle qui enveloppe la plupart des angiomes caverneux de l'orbite et parfois quelques lipomes extirpés en d'autres régions du corps, mais d'un fourreau peu épais de tissu connectif, très peu abondant en certains points où il recouvre très légèrement les lobules adipeux sous-jacents, assez fourni pourtant pour expliquer la facilité avec laquelle l'ablation intégrale a pu s'effectuer.

L'examen à la loupe permet d'admettre la nature graisseuse et conjonctive de la tumeur dont la majorité des lobules a le reflet spécial de la graisse. Cependant la couleur brunâtre de quelques-uns, couleur que l'on retrouve encore sur quelques points de la coupe d'hémisection, permet de douter de la nature purement

lipomateuse des tissus morbides. Nulle part sur cette coupe on ne constate de trabécules, d'espaces dilatés, remplis de sang, ni de vaisseaux béants.

Certainement le premier diagnostic posé en dehors de l'investigation histologique a été *lipome partiellement calcifié* de l'orbite. Ce diagnostic me paraissait légitimé par l'examen macroscopique de la pièce.

La tumeur existait depuis la première enfance, probablement depuis la naissance. La congénitalité de la tumeur ne constituait pas un argument contre le diagnostic lipome. Walther, Dagorn, Ashoff ont en effet cité des cas de lipomes congénitaux(1). Nous avons vu ailleurs que le père du sujet porte un lipome. D'autre part, la présence de concrétions calcaires dans certains lipomes a fait donner par Virchow (2) à cette variété de tumeurs adipeuses le nom de *lipome pétrifié*.

Mais en dehors de tout examen microscopique, il existait plus d'une raison pour faire des réserves quant au diagnostic de lipome. Dans l'étude que Berlin consacre au lipome de l'orbite dans le Traité de Graefe-Saemisch, (t. VI, p. 702), notre éminent confrère de Stuttgard constate qu'il existe seulement 4 cas de lipome de l'orbite dans la littérature ophtalmologique; or, d'après lui, aucune des 4 observations qui s'y rapportent ne résiste à une analyse critique(3); il ne se

(1) LANCEREAUX. *Anatom. pathol.*, I, p. 343.

(2) VIRCHOW. *Pathol. des tumeurs*. Trad. franç., I, p. 365.

(3) DUPUYTREN. *Lancette française*, 1835, p. 446. Berlin pense qu'il s'agissait dans ce cas d'un cholestéatome.

HAUSER. *Oestreichische med. Jahrbücher* 1842, XXXIII, fasc. 4, cité par CORNAZ in *Des abnormités congénitales des yeux et de leurs annexes*, 1848.

Le cas cité par Hauser aurait été congénital. D'après Berlin il s'agissait d'un kyste dermoïde.

BOWMAN. *London J. of med.*, nov. 1849, cité par DE MARQUAY in *Traité des tumeurs de l'orbite*, p. 360. La tumeur qui existait des deux côtés avait progres-

dissimule pas que nos connaissances sur le lipome, né dans l'orbite même, sont très peu précises. On ne tarde pas en effet à se convaincre, en consultant les auteurs au chapitre *Tumeurs de l'orbite*, que le lipome orbitaire, auquel ils consacrent généralement un court paragraphe, n'a pas été observé directement par eux, que leurs données sur le degré de fréquence de cette tumeur sont contradictoires, que la description fournie par eux, — d'ailleurs très générale — peut se rapporter à d'autres tumeurs et n'est généralement pas basée sur l'examen au microscope.

C'est ainsi que Soelberg Wells(1) et Ed. Meyer(2) paraissent s'être fondés sur une simple assertion de Carron du Villards(3) « qui avait vu et opéré un grand nombre de ces tumeurs(?) » pour décrire les lipomes comme n'étant nullement rares. De Marquay croyait également à leur fréquence et, à propos de la localisation des lipomes, Rindfleisch(4) indique le tissu conjonctif intra-orbitaire comme pouvant être le siège du lipome.

D'autres auteurs Abadie(5), Galezowski(6), Stellwag de Carion(7), reconnaissent tout au moins l'excessive rareté du lipome de l'orbite et avouent ne l'avoir jamais rencontré. Ils se bornent à citer les faits de Dupuytren, Hauser,

---

sivement soulevé les paupières. Elle ne paraît pas avoir présenté les symptômes d'une tumeur de l'orbite (Berlin).

CARRON DU VILLARDS. *Annales d'ocul.*, 1858, t. XL, p. 103.

La naïveté de l'observation le dispute ici à l'invraisemblance. La description des caractères physiques de la tumeur n'entraîne nullement la conviction du lecteur.

(1) SOELBERG WELLS. *A Treatise of the diseases of the eye*, 1873, p. 721.

(2) ED. MEYER. *Traité prat. des mal. des yeux*, 1880, p. 725.

(3) CARRON DU VILLARDS. *Loc. cit.*

(4) RINDFLEISCH. *Lehrb. der pathol. Gewebelehre*, 1878, p. 122.

(5) ABADIE. *Traité des mal. des yeux*, 1884, t. I, p. 116.

(6) GALEZOWSKI. *Traité des mal. des yeux*, 1875, p. 900.

(7) STELLWAG DE CARION. *Lehrb. der prakt. Augenheilk.*, 1870, p. 505.

Bowman et Carron du Villards. J'ai déjà fait allusion à l'insuffisance des descriptions relatives à ces tumeurs.

Le doute à l'égard du diagnostic semble ici d'autant plus licite que l'époque à laquelle elles ont été publiées est déjà passablement éloignée de nous.

En l'absence d'examen microscopique, le kystome (kyste dermoïde à contenu graisseux), les tumeurs orbitaires du type connectif, le neurome plexiforme, les angiomes circonscrits, développées dans la graisse de l'orbite, ont pu être confondus avec le lipome.

Schuh (1) avait déjà appelé l'attention sur la confusion qui lui paraissait avoir été faite entre le lipome et l'angiome. A propos des tumeurs qu'il décrit sous le nom de *fongus hématode lobulé,* — il s'agit simplement d'angiomes du tissu cellulaire sous-cutané — Schuh s'exprimait au sujet de ces néoplasmes comme suit :

« Cette vascularisation relativement si faible, si on la compare aux autres tumeurs du même genre, a fait que lorsque cette tumeur se développe dans le coussin graisseux de l'orbite et atteint un volume suffisant pour produire une espèce particulière d'exophtalmie, elle a reçu des médecins oculistes le nom de lipome, bien qu'elle n'ait avec ce dernier d'autre rapport que son aspect lobulé (2). »

Les remarques qui précèdent, tout en établissant l'absence dans la littérature de faits authentiques de lipomes orbitaires, ont surtout pour objet d'appeler l'attention sur certaines tumeurs lobulées qui ont l'aspect extérieur de

(1) F. Schuh. *Ueber die Telangicetasien* in *Zeitschr. der k. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien* et *Pathol. und Therap. der Pseudoplasmen.* Vienne, 1854, p. 153 et suiv.

(2) Citation empruntée à Ch. Monod, *Étude sur l'angiome simple sous-cutané circonscrit,* 1873, p. 64.

lipomes et dont notre observation fournit un exemple. Les faits histologiques développés plus loin démontrent l'existence de tumeurs intra-orbitaires, à la fois graisseuses et vasculaires, pour lesquelles la dénomination d'*angiome lipomateux* semble devoir être adoptée.

Je passe à présent à la description histologique de la tumeur dont nous avons exposé plus haut les caractères physiques.

La tumeur (1) est constituée par trois éléments principaux : 1° des cellules adipeuses généralement disposées en lobules ou groupes d'autant plus grands qu'ils sont moins vasculaires; 2° du tissu connectif fibrillaire d'autant plus abondant que les vaisseaux se montrent en plus grand nombre sur la coupe; 3° de vaisseaux capillaires généralement dilatés, hypertrophiés et encore remplis de sang.

L'aspect des coupes est des plus variables, mais on peut ramener leur description aux types suivants :

I. Le champ du microscope, même à un grossissement de 50 D., est exclusivement occupé par du tissu adipeux dont la disposition est celle que nous retrouvons dans le tissu normal. Ce sont des groupes ou aréoles, constituées par des centaines de cellules adipeuses, et séparés par des tractus conjonctifs, faiblement vasculaires (aspect lobulé de la tumeur). Des capillaires flexueux, les uns dilatés par le sang, les autres à l'état de vacuité et moins nombreux, apparaissent au milieu des éléments adipeux. Les capillaires les plus déliés et vides ont 5 μ de diamètre en moyenne. Tout en n'étant constitués que par l'endothélium et une seule rangée d'éléments conjonctifs, ils peuvent, par simple dilatation, acquérir 27 μ. Les éléments adipeux, dont la forme est arrondie,

(1) Une moitié de la masse a été traitée successivement par une solution alcoolique diluée d'acide chlorydrique, l'eau distillée, la gomme-glycérine, l'alcool à 40°. Les préparations colorées à l'éosine-hématoxyline et au picrocarminate d'ammoniaque, ont été examinées dans la glycérine. L'autre moitié, après durcissement dans l'alcool, a été montée dans la celloïdine pour donner une série de coupes au microtome.

ovalaire ou polyédrique par pression réciproque, ne diffèrent pas sensiblement par les dimensions des éléments du tissu cellulo-adipeux intra-orbitaire d'un sujet de même âge. Les éléments les moins volumineux ont généralement 27 μ; ceux de dimension moyenne, 54 à 59 μ; les plus considérables ont de 78 à 84 μ; exceptionnellement ces éléments atteignent $0^{mm}32$ dans leur plus grand diamètre. Ces chiffres expriment des moyennes.

II. Les capillaires sont plus abondants et revêtent les caractères qu'on leur reconnaît dans la télangiectasie. Les cellules adipeuses ont une disposition lobulée moins évidente; elles s'espacent. Les cellules adipeuses encore réunies par petits groupes, sont moins considérables que dans les préparations du type I. Elles ont de 32 à 54 μ, et deviennent plus petites à mesure qu'elles s'isolent. Le tissu connectif à fibres ondulées parallèles et les vaisseaux tendent à remplacer ces éléments. Les vaisseaux se composent d'une couche endothéliale et d'une adventice plus ou moins hypertrophiée. Les noyaux de l'endothélium font saillie dans la lumière vasculaire; l'adventice se compose de cellules conjonctives jeunes, arrondies, à noyau de même forme dans les capillaires les moins développés; de cellules fusiformes à noyau ovalaire, en couches plus ou moins stratifiées dans les capillaires en voie d'hypertrophie. Il est parfois difficile de distinguer nettement la paroi adventitielle du tissu fibreux ambiant avec lequel elle tend à se confondre. Les vaisseaux atteints dans leur longueur montrent, lorsqu'ils sont visibles sur un certain trajet, des flexuosités marquées, et un entrecroisement, une disposition en réseau, lorsqu'ils existent en grand nombre dans un espace limité. La remarque faite par Rindfleisch que, dans la télangiectasie, il s'agit moins d'une néoformation de canaux sanguins que d'une transformation de leurs parois vasculaires, trouve son application ici. Il existe une véritable hypertrophie des capillaires, s'accompagnant d'un allongement des vaisseaux et d'une ampliation de leur lumière. Dans quelques points où ces vaisseaux se sont en grande partie vidés, la cavité vasculaire est limitée sur les coupes transversales par un contour festonné (paroi collabée). Remarquons aussi que les parois les plus épaisses s'observent sur les vaisseaux les moins dilatés. Les capillaires atteignent des dimensions moyennes de 20 à 54 μ, l'ampliation pouvant aller jusqu'à $0^{m}08$, $0^{m}10$. Ce sont déjà des dilatations caverneuses; on n'ob-

serve que très peu de vaisseaux d'un autre ordre que les capillaires. Quelques artérioles — un très petit nombre — sont reconnaissables à leur lame élastique et aux noyaux batonnoïdes des éléments contractiles de leur paroi. Des éléments musculaires lisses trahissent le caractère veineux de quelques rares vaisseaux, de petit calibre d'ailleurs.

Sur un petit nombre de préparations, on constate quelques faisceaux fusiformes, constitués par la réunion d'éléments musculaires lisses.

En l'absence d'un examen approfondi, total de la tumeur, en l'absence d'autres images microscopiques, on serait autorisé à penser qu'il s'agit dans notre cas d'un lipome ou d'un fibro-lipome télangiectasique mais, dans quelques-unes des préparations précédentes, on observe déjà une infiltration de sang entre les interstices des fibres conjonctives et des cellules adipeuses, de sorte qu'une circulation interstitielle, qui ne mérite pas encore le nom de caverneuse, tend à s'établir.

III. En se rapprochant des corps phlébolithiques, dont il a été fait mention plus haut, le tissu adipeux a totalement disparu : les capillaires sont devenus plus flexueux, plus nombreux. Ils sont plongés dans un tissu connectif fibreux, dont les faisceaux de fibrilles se sont écartés pour livrer passage au sang.

J'ai retrouvé cette dernière disposition à un haut degré dans un cas d'angiome caverneux du muscle masséter. Dans ce cas, chaque fibre musculaire se trouvait en quelque sorte disséquée par le sang et le tissu conjonctif intermusculaire n'apparaissait plus que sous forme d'un réseau délié dans l'énorme masse de sang circulant entre ses mailles. Les groupes de cellules adipeuses, existant entre les fibres striées, étaient également dissociés et isolés par le sang.

Cette circulation interstitielle se retrouve ici à un degré moins accusé. A côté d'espaces dilatés, constitués par des fibres connectives, sans noyaux d'endothelium appréciables, il en est — et ce sont les plus nombreux — qui n'ont que 5

à 7 μ; ils sont constitués par un simple écart des faisceaux fibreux. Ils s'étendent alors en longueur, ou bien ces espaces caverneux se retrouvent au milieu des lobules adipeux dans les préparations des types I et II, sous forme d'espaces étoilés, le sang ayant dilaté les espaces entre les cellules adipeuses. Comme les hématies y sont intactes et que d'autre part il m'est arrivé de voir les capillaires s'y ouvrir directement, je crois pouvoir conclure à l'existence d'une circulation sanguine dans ces espaces.

Si l'on n'observait pas cette tendance à la création d'espaces caverneux, on serait certainement porté à énoncer le diagnostic de fibro-lipome télangiectasique. On sait que dans le tissu cellulaire sous-cutané, par exemple, une prolifération des capillaires peut s'accompagner de prolifération du tissu adipeux et que l'on désigne cette transformation pathologique sous le nom de lipome télangiectasique ou d'angio-lipome(1). Sans cette tendance à la formation d'espaces sanguins, j'eusse dû me rallier à ce diagnostic. Malgré l'abondance du tissu lipomateux et fibreux, j'estime que nous avons affaire plutôt à un angiome simple, télangiectasique, développé aux dépens des capillaires du tissu adipeux de l'orbite, angiome que l'on doit qualifier de lipomatode et qui montre, sur quelques points, les premières phases d'une transformation caverneuse, c'est-à-dire d'une dilatation de voies sanguines capillaires. Les angiomes caverneux dérivent souvent des angiomes simples congénitaux. Une partie de la tumeur montre alors d'une façon évidente des capillaires très rapprochés, comme c'est ici le cas. La disparition du tissu adipeux qui se trouve entre eux et la rétraction cicatricielle du tissu fibreux amènent l'ectasie

(1) PERLS. *Lehrb. der allg. Pathol.*, I, p. 435.

des capillaires. Ce phénomène est évident sur la plupart de nos préparations. Ce processus nous explique aussi pourquoi les capillaires préexistants, normaux, non hypertrophiés, se transforme en espaces caverneux par disparition du tissu interposé, ce qui constitue une simple métamorphose caverneuse du tissu.

Les concrétions phlébolithiques ou calcaires observées dans la tumeur correspondent certainement aux parties les plus anciennes; à leur niveau le tissu adipeux a totalement disparu; elles sont logées en plein tissu fibreux. Leur centre, après la décalcification complète par l'acide chlorydrique dilué, est constitué par de la fibrine amorphe; à la périphérie de cettte masse se mèlent des granulations brillantes d'un brun-jaunâtre (origine hématique). Cette masse est séparée du tissu fibreux ambiant par une couche épaisse de jeunes éléments arrondis ou fusiformes, plongée dans une substance amorphe riche en granulations pigmentaires, d'un brun-jaunâtre. Le dépôt des sels calcaires s'explique, à ce niveau, ou bien par une hémorrhagie locale, signalée dans les angiomes, ou bien par un arrêt de circulation dans un espace caverneux. Dans cet espace le sang a dû se coaguler et l'on sait que dans cet état, il constitue au sein des tissus un noyau pour l'apport des sels calcaires. Des substances organiques telles que le sang, la fibrine, forment de véritables noyaux d'attraction pour la cristallisation calcaire [1]. Par suite de la réduction au minimum des échanges organiques avec les tissus voisins, les coagula sanguins, la fibrine, se transforment volontiers en phlébolithes, les molécules se déposant non seulement dans la masse fibrineuse,

(1) RECKLINGHAUSEN. *Hdb. der allg. Pathol. des Kreislaufs und der Ernährung*, 1883, p. 391.

mais dans le tissu conjonctif voisin, concentriquement au noyau organique, de façon à constituer des corps arrondis comme ceux que nous avons observés.

Ajoutons que de petits kystes sanguins de même que des foyers hémorrhagiques ont été exceptionnellement signalés dans les angiomes caverneux de l'orbite de même que les concrétions phlébolithiques (d'après Panas) ([2]).

Il n'existe pas dans notre tumeur d'éléments pigmentés (Horner, Panas); son stroma ne renferme pas de noyaux d'inflammation, mais quelques coupes de petits troncs nerveux, appartenant à des filets nerveux préexistants, traversent le tissu cellulo-adipeux. J'ai retrouvé aussi quelques fibres musculaires striées vers l'un des points périphériques de la tumeur : elles doivent être rapportées à l'un des muscles oculaires, adjacent à la tumeur, et dont quelques fibres ont été excisées avec elle.

En terminant cette description, je désire appeler l'attention sur une variété d'angiome décrite par Monod, (recherches faites au laboratoire de Ranvier). Elle a de nombreux points de contact avec notre cas; elle a été désignée par l'auteur sous le nom *d'angiome simple sous-cutané, circonscrit* et mériterait le nom de *lipogène*.

Cet angiome télangiectasique se développe également aux dépens des capillaires du tissu adipeux sous-cutané, ne se complique pas d'angiome simple, de naevus de la peau et conserve, sous forme de masses adipeuses plus au moins considérables, la marque de sa première origine. Lobulée, de consistance ferme et élastique, non réductible, ne variant pas de volume, cette tumeur n'a aucun des caractères des tumeurs érectiles. Relativement indépendante des vaisseaux environnants, elle est susceptible d'être enlevée toute entière,

(1) Panas. *Angiomes caverneux de l'orbite* in *Archiv. d'ophtalm.*, 1883, t. III, p. 8.

sans hémorrhagie notable. *Cette variété offre la plupart des caractères ordinairement assignés aux lipomes et aux fibro-lipomes.*

Histologiquement, la variété d'angiome décrite par Monod a la ressemblance la plus étendue avec l'angiome de l'orbite étudié plus haut.

D'après le même auteur, Schuh dans ses études sur la télangiectasie(1) a décrit, comme nous l'avons indiqué, deux tumeurs de l'orbite ayant les caractères apparents du lipome, mais correspondant en réalité à des angiomes de forme lobulée.

Sans avoir personnellement rencontré de cas semblables, Monod estimait que dans le tissu adipeux de la cavité orbitaire, de même que dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané, pouvaient se développer deux variétés d'angiome : « l'une, tout à fait semblable à la tumeur érectile veineuse sous-cutanée des auteurs, diffuse, molle, quelquefois fluctuante, réductible, se tuméfiant sous l'influence des obstacles apportés à la circulation veineuse, débutant souvent par les paupières; l'autre, formant une tumeur bien limitée, de consistance ferme, quelquefois assez nettement lobulée, irréductible, ne présentant pas ordinairement des alternatives de tuméfaction et d'affaissement, laissant toujours intacte, malgré son volume souvent considérable, la peau des paupières .... Par leur texture les angiomes circonscrits de l'orbite sont exactement comparables à l'angiome circonscrit sous-cutané; ... comme ce dernier, ils se développent aux dépens des éléments du tissu adipeux et n'offrent aucune tendance à se propager au delà des limites du coussinet graisseux de la cavité orbitaire qu'ils déplacent

(1) SCHUH. *Wiener med. Woch.*, 1861.

seulement à mesure que leur volume augmente, en repoussant sans les envahir, les tissus qui les environnent; ... ils peuvent enfin, eux-aussi et par la même raison anatomique, être enlevés sans crainte d'hémorrhagie et, s'ils le sont à temps, sans dommage pour le globe oculaire. »

Ces données, applicables à notre tumeur de l'orbite, confirment pleinement la manière de voir de Monod.

Par ce qui précède, il est aisé de comprendre, que le diagnostic dans les cas d'angiome simple circonscrit de l'orbite n'est pas facile. La confusion avec une tumeur fibro-lipomateuse est compréhensible même après l'enlèvement de la tumeur.

J'ai déjà insisté sur la rareté de cette dernière forme de tumeurs. Ce sera avec d'autres néoplasies intra-orbitaires que l'erreur sera facile à commettre. Si une concrétion calcaire dure et arrondie, mobile, se présentait sous le doigt explorateur, elle constituerait, en l'absence de symptômes tels que la réductibilité, le modification de volume et des télangiectasies palpébrales, un symptôme de quelque valeur; le corps dur ne saurait être confondu avec une portion saillante d'ostéome. L'ostéome, le plus souvent situé à la partie supérieure et interne de l'orbite se révélerait par sa fixité, sa continuation avec la paroi osseuse, appréciable au toucher, par son lent accroissement, l'absence de réaction inflammatoire et de douleur.

Le diagnostic avec d'autres tumeurs telles que l'encéphalocèle du département interne et profond de l'orbite, où les symptômes d'une relation directe avec la cavité crânienne font défaut; de même le diagnostic avec un kyste dermoïde, tumeur si fréquemment logée dans le segment antérieur et interne de l'orbite, eût pu présenter, pour l'angiome qui nous occupe, les plus sérieuses difficultés.

En ce qui concerne l'angiome simple, type des tumeurs

sanguines auquel la nôtre répond le mieux, il convient d'ajouter qu'il a été rarement observé à l'état isolé dans l'orbite. Nous en connaissons deux cas. Ce sont ceux de Watson ([1]) et de Gosetti ([2]).

Généralement ces tumeurs se compliquent de nævus de la paupière et du voisinage (Abertny, Schmidt, Küchler, Knapp) ce qui fournit un renseignement précieux et facilite singulièrement le diagnostic([3]). Ce sont des formes sans exception congénitales.

« J'ignore, dit Berlin (*loc. cit.*, p. 698) si des télangiectasies pures de l'orbite, s'observent sans participation des paupières au néoplasme; selon toute probabilité, il s'agit toujours dans ce cas de formes mixtes. » « Dans l'angiome simple, ajoute-t-il plus loin, à l'exception de l'angiome lipomateux, une réductibilité notable ne paraît pas pouvoir être produite, de sorte que celle-ci plaide d'avance pour un angiome caverneux. »

Nous avons noté que dans notre observation, la tumeur se laissait légèrement repousser dans l'orbite.

En ce qui concerne les réserves de Berlin sur les télangiectasies pures de l'orbite, indépendantes de nævus palpébraux, elles semblent d'autant plus légitimes, que pour le cas de Watson je ne trouve dans son observation que des indications thérapeutiques. Toutefois l'analyse faite par Paganuzzi dans le cas de Gosetti, se rapporte à un angiome simple([4]).

(1) WATSON. *British med. J.*, May 31 1873. *Intraorbitar naevus treated by ligature and actual cautery.*

(2) GOSETTI. *Annali di Ottalm.*, 1878, f. 2 et 3, p. 265. *Angioma simplice de l'orbita destra.*

(3) Un point de pratique important, c'est la donnée de l'angiome combiné avec l'encéphalocèle intra-orbitaire.

(4) V. *Nagel's Jahresb.* pour 1878, p. 405. La tumeur à la section laissa couler un peu de sang noir; au microscope, elle était composée d'un réseau vasculaire entrecroisé en tous sens. Il n'y avait pas d'éléments cellulaires entre les vaisseaux.

Gosetti avait diagnostiqué une tumeur de bonne nature (un lipome ou un athérome cystique).

En dehors de la présente étude il n'existe dans la littérature ophtalmologique qu'un seul cas d'*angiome lipomatode de l'orbite*. Il appartient à Knapp qui l'a décrit dans l'*Archiv für Augen und Ohrenheilk.*, 1877, t. VI, p. 45, sans fig.

Il résulte de la description de cet auteur que la tumeur, observée chez un enfant de 2 mois, formait saillie sous la moitié interne de la paupière supérieure de l'œil gauche, laquelle paraissait légèrement bleue et était traversée par nombre de vaisseaux gros et tortueux. La moitié externe de la paupière pouvait seule être soulevée. La tumeur augmentait de volume lorsque l'enfant criait et était légèrement réductible. Le diagnostic de fibro-lipome fut posé. Extirpation. Structure histologique : « La partie antérieure a la consistance du foie normal; sur une coupe, elle paraît lobulée et granuleuse. Au microscope elle montre des corpuscules lymphoïdes nombreux, petits, arrondis, plongés dans une substance fondamentale finement granulée; en outre, nombreuses cellules fusiformes et stellaires, du tissu conjonctif, des fibres élastiques, de la graisse en granulations et en sphères homogènes et un grand nombre de vaisseaux. D'après la disposition et la quantité relative des éléments constituant cette région de la tumeur, elle peut être désignée sous le nom de *fibro-lipome vasculaire*. »

« La partie postérieure est plus petite, plus molle et plus rouge que l'antérieure. Elle se compose principalement de vaisseaux grands et petits, anastomosés et cirsoïdes. Quelques uns, reconnaissables à leur grosse paroi, correspondent à des artères et ont une lumière considérable. »

« Les vaisseaux sont soutenus par un tissu conjonctif où les fibres conjonctives l'emportent en nombre sur les fibres élastiques fortement ondulées. Peu de cellules et peu de

graisse. Cette partie de la tumeur répond à la définition de l'*angiome fibreux.* »

Il s'agit donc dans l'observation de Knapp d'un angiome télangiectasique, congénital, développé dans la graisse de l'orbite. Les détails histologiques sont toutefois notablement différents de ceux que tous avons consignés dans notre observation.

De l'étude qui précède on peut déduire les *conclusions* suivantes :

Il existe une forme d'angiome intra-orbitaire, née dans le tissu cellulo-adipeux de l'orbite et répondant à la structure des angiomes simples ou télangiectasiques, circonscrits, développés dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané. De même que ceux-ci n'ont pas de rapports avec la peau, cette variété de tumeur orbitaire n'a pas de rapports avec les paupières, ne se complique pas de nævus de ces dernières. Elle peut par là même créer de sérieuses difficultés pour le diagnostic. Les symptômes cliniques de cette variété ne répondent nullement à ceux des angiomes caverneux de l'orbite qui constituent l'immense majorité des tumeurs sanguines de cette cavité. Leur ablation peut s'exécuter sans hémorrhagie notable. Leur aspect extérieur lobulé rappelle plutôt celui d'un fibro-lipome que d'une tumeur érectile.